



Mi Vida, Mi Salud

Encuesta de información del participante

Instrucciones:

Por favor use una pluma (bolígrafo) para contestar las preguntas en ambas caras de esta hoja. Por favor escriba las letras claramente.

Marque sus respuestas dentro del cuadrado, por ejemplo:

Su nombre: _____

1. ¿En que día, mes y año nació usted ?

<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Mes			Día			Año			

2. ¿Cuál es su género ?

Femenino

Masculino

3. ¿Es usted de origen Hispano (incluyendo Españoles) o Latino?

Sí

No

No sé

4. ¿Cuál es su raza? (Marque todas las opciones que correspondan .)

Indio Americano o Indígena de Alaska

Asiático o asiático-americano

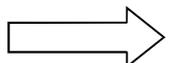
Negro o africano-americano

Indígena de Hawái o Isleño del Pacífico

Blanco o Caucásico

Otra raza: _____

Por favor siga atrás



Encuesta de información del participante – continuación

Su nombre: _____

5. ¿Alguna vez algún proveedor de salud le dijo si tiene alguna de las siguientes condiciones crónicas? (Por favor marque todas las que correspondan.)

Artritis o reumatismo

Enfermedad respiratoria/ Enfermedad Pulmonar (e.g., Asma, Enfisema, Bronquitis)

Cancer

Depresión o Ansiedad

Diabetes

Enfermedad del Corazón

Hipertensión (Presión alta)

Embolia, derrame, trombosis cerebral

Osteoporosis (perdida de densidad ósea)

Otro problema de salud crónico: _____

Ninguno (No tengo problema de salud crónico)

6. ¿Cuál es su código postal?

--	--	--	--	--

7. En el día de hoy, ¿cuántas personas viven en su hogar (incluyendo usted)?

--

 (Número de personas)

8. ¿Ha tomado usted, en algún momento, algún taller de Tomando Control de su Salud?

Sí

No

No sé

¡Gracias!